



المقدمة إلى الشركة المصرية الإماراتية لتأمينات الحياة التكافلى-سلامة

أرقام وثائق التأمين الخاصة بالمؤمن عليه لدى الشركة

.....
.....

الاسم الكامل بالمؤمن عليه:

العمر.....

المهنة المشتغل بها وقت الوفاة:

تاريخ ومكان ميلاد بالمؤمن عليه ؟ التاريخ: مكان الميلاد:

.....

تاريخ ومكان الوفاة: تاريخ الوفاة : مكان الحادث :

.....

سبب الوفاة:

.....

متى اشتكى بالمؤمن عليه لأول مرة أو بدت عليه ظواهر أخرى عن مرضه الأخير ؟

التاريخ:

متى استشار بالميتوفى الطبيب لأول مرة بخصوص مرضه الأخير ؟ التاريخ:

متى زاول بالمؤمن عليه عمله الإعتيادى آخر مرة ؟ التاريخ:

أسماء وعناوين جميع الأطباء الذين عالجوا الميتوفى أثناء مرضه الأخير وأثناء السنوات الخمس التي سبقت إصابته بالمرض:

الاسم	العنوان	تاريخ المعالجة	المرض أو الحالة
.....			
.....			

هل كان الميتوفى أثناء السنوات الخمس الأخيرة نزيلا فى مستشفى أو مصحة أو أية مؤسسه أخرى أو رهن العلاج فى إحداها؟ (إذا كان كذلك فمتى و أين و لآى سبب؟)

.....
.....
.....

أقر أنا الموقع ادناه بأن كافة البيانات الواردة أعلاه صحيحة ومقدمة منى وتحت مسئوليتي.

الاسم/.....

الصفة/.....

رقم الهاتف/.....

التوقيع/.....

التاريخ/.....